Aus der medizinischen Poliklinik zu Leipzig.
Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. F. A. Hoffmann.

Ueber Urticaria haemorrhagica.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe

einer

Hohen medizinischen Fakultät

der Universität zu Leipzig

vorgelegt von

Willy Hoffmann,
aus Schkeuditz.

Leipzig.
Druck von Bruno Georgi
1906.

Der medizinischen Fakultät zu Leipzig vorgelegt und zum Druck genehmigt am 20. Dezember 1906.

Referent: Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Hoffmann

Meiner lieben Mutter.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41535720_0032

Eine Anzahl von Krankheiten besitzt ihr wesentliches Merkmal in dem Auftreten von Haemorrhagien in der Haut, eventuell combiniert mit Blutungen in die inneren Organe, z. B. morbus maculosus Werlhofii, Scorbut Haemophilie. Außerdem kommen aber Blutungen bei anderen Krankheiten mehr oder weniger häufig vor. Solche Blutungen können als Combinationen mit den obigen Bluterkrankungen aufgefaßt werden, oder als das Zeichen einer hochgradigen, durch die betreffende Krankheit bedingten Veränderung, indem die betreffende Schädlichkeit nicht bloß die für die Krankheit charakteristischen Merkmale produciert, sondern auch noch durch Schädigung der Gefäßwand zu Blutaustritten Veranlassung gibt. Wir können diese Haemorrhagien bei Masern, Scharlach, Variola, Typhus, Lues, Milzbrand beobachten, ferner kommen sie im Verlaufe pyämischer und septischer Infectionen, so z. B. bei der ulcerösen Endocarditis vor. Bei den Krankheiten, die mit Haemorrhagien einhergehen, ist es nicht unwichtig, darauf hinzuweisen, ob die Haemorrhagien, wie besonders Voerner (18) in seinem Berichte „Ueber Prurigo haemorrhagica", ferner über Lues haemorrhagica (19) hervorgehoben hat, an die Efflorescenzen gebunden sind, ob sie neben den Efflorescenzen bestehen, in der Nähe, oder womöglich an anderen Partien des Körpers sitzen. Veit (17) drückt sich in Bezug auf die

haemorrhagischen Masern in ähnlichem Sinne aus, indem er mitteilt, daß die Haemorrhagien einmal in dem Bereiche der Masernflecke blieben, andererseits nicht selten auch als unregelmäßige längere Streifen (Vibices), endlich auch als umfangreiche Plaques (Purpura haemorrhagica) auftraten.

Von den Krankheiten, die mit Hautblutungen einhergehen können, sind an erster Stelle die Masern zu nennen. Es kamen nach Untersuchungen von Pillon (12) Hautblutungen bei Masern im Verhältnis von 6 % nach Fürbringer (4) bei Scharlach unter vielen Hunderten von Scharlachfällen nur einige Male zur Beobachtung. Hieraus ergibt sich, daß bei Masern das Vorkommen relativ häufig, bei Scharlach selten ist.

Im Gegensatz zu den haemorrhagischen Masern ist der haemorrhagische Scharlach durch einen schweren Verlauf charakterisiert.

Das Gleiche, wie von dem haemorrhagischen Scharlach läßt sich vom haemorrhagischen Typhus behaupten. So endeten 6 von Curschmann (3) beobachtete Fälle alle tödlich.

Was die absolute Häufigkeit des haemorrhagischen Typhus betrifft, so zählte Liebermeister unter 1900 Typhen der Baseler Epidemie drei, Weil einen unter 150

Das Kindesalter, sowie die jugendlichen und Blütejahre scheinen nach Wagner, Curschmann und Gerhardt (5) entschieden mehr als die spätere Lebenszeit beteiligt zu sein.

Die Petechien traten gewöhnlich auf der Haut des Rumpfes und der Extremitäten zwischen den Roseolen auf, während diese selbst zuweilen überhaupt nicht, oder nur teilweise haemorrhagisch wurden. In besonders schweren Fällen gesellen sich nach E. Wagner (20) ausgedehnte, tiefgehende Blutergüsse ins Unterhautzellgewebe, selbst unter die Kopfschwarte hinzu. Das Vorkommen der Purpara variolosa, die ebenfalls

durch einen schweren Verlauf gekennzeichnet ist, zeigt große Schwankungen der Frequenz; so kam sie nach Immermann (7) in der großen Pandemie von 1870—72 relativ häufiger, in anderen seltener, oder gar nicht vor.

Die haemorrhagische Form der Syphilis findet sich besonders bei der Lues hereditaria. Sie ist unter dem Namen der Syphilis haemorrhagica neonatorum bekannt und ist durch Haemorrhagischwerden der Effloreszenzen gekennzeichnet; seltener kommt es zu kleineren, oder größeren Haemorrhagien in das umgebende Gewebe. Bei dem Milzbrand und der septischen Endocarditis kommt es ebenfalls häufig zu Hautblutungen. Nach Lenhartz (9) kann man annehmen, daß sie wohl in der Hälfte aller tödlich verlaufenden Fälle von septischer Endocarditis erscheinen.

Im Vergleich zu den oben erwähnten Erkrankungen kommen Haemorrhagien bei gewissen Krankheiten nun ganz außerordentlich selten vor, so bei zwei verwandten Affektionen, der Prurigo und der Urticaria. Da ich einen Fall der letzten Art in der Mediz. Poliklinik beobachten konnte und mir die Erlaubnis, denselben zu veröffentlichen von Herrn Geh. Rat Hoffmann gütigst erteilt ist, so werde ich darüber in folgendem berichten, vorher aber noch auf die sparsame Literatur eingehen.

Fall 1 habe ich in der Literatur unter dem Titel gefunden: Ueber einen Fall von Urticaria haemorrhagica v. Lentz (10).

Es handelt sich um einen 45jährigen Dienstmann, der aus gesunder Familie stammt, selbst früher stets gesund gewesen sein will, seit 10 Jahren jedoch an asthmatischen Beschwerden leidet, die er infolge eines Lungenemphysems hat. Potatorium wird zugegeben.

Am 8. IV. bemerkte Pat., nachdem er den Tag über in Wind und Regen auf der Straße gestanden hatte, eine schmerzhafte Schwellung am linken Knie und rechten Fußgelenk. Da sich auch Fieber einstellte, suchte er das Bett auf. Am nächsten Morgen waren die Schmerzen stärker, auch das rechte Knie, die beiden Schulter- und Ellenbogengelenke geschwollen und schmerzhaft. Gleichzeitig bemerkte Pat. einen über den ganzen Körper verbreiteten, rotfleckigen Ausschlag, welcher leicht juckte. Da der Ausschlag und die Schmerzen größer wurden, ließ sich Pat. am 3. Erkrankungstage ins Krankenhaus aufnehmen.

Hier wurde folgendes festgestellt:

Pat. ist ein mittelgroßer Mann von kräftigem Körperbau und gut entwickelter Muskulatur; sein Ernährungszustand ist gut. Pat. ist etwas dyspnoisch, hustet viel und wirft ein catarrhal. schleimiges Sputum aus; die Temperatur ist erhöht, 38,1, der Puls leicht beschleunigt, 86 Schläge in der Minute; die Arterie ist weich, gut gefüllt.

Auf der Stirn sieht man mehrere linsengroße, rote Flecken, deren Zentrum infolge einer kleinen subkutanen Haemorrhagie sahwarzrot erscheint. Die Flecken überragen die Oberfläche der umgebenden Haut. Aehnliche Flecken von Linsen- und Markstückgröße an den Unterschenkeln und Unterarmen, bis zu Taler- und Handtellergröße an den Oberarmen, den Oberschenkeln dem Gesäß, der Brust und dem Rücken. Besonders dicht finden sich die Flecken an der linken Schulter und im Nacken. Nicht alle Flecken erheben sich über das Niveau der Umgebung, eine Anzahl erscheint nur als fleckenweise Rötung und Infiltration der Haut, in deren Mitte sich eine Haemorrhagie zeigt; in der Mehrzahl jedoch erweisen sie sich als Quaddeln, welche das Niveau der Umgebung um 1—2 mm überragen. Während einige Quaddeln noch weiß erscheinen,

zeigen die meisten eine intensive entzündliche Rötung, deren Mitte gewöhnlich eine ring- oder kreisförmige Haemorrhagie einnimmt. Auch in der Palma manus, an der Volarseite der Finger und der Planta pedis finden sich gleichfalls Eruptionen, die hier jedoch als bläuliche, derbe Knoten erscheinen. Pat. empfindet an den befallenen Hautpartien nur geringe Schmerzen, dagegen häufig ein leichtes Druckgefühl. Das rechte Knie- und linke Schultergelenk, in deren Umgebung die Eruptionen besonders zahlreich sich finden, sind schmerzhaft; ersteres zeigt einen serösen Erguß, die Patella balottiert lebhaft.

Die Percussion und Auscultation der Brust ergibt Volumen pulmonum auctum und heftige diffuse Bronchitis. Das Herz ist von Lunge überlagert, die Töne sind rein. An den Bauchorganen findet sich objektiv nichts Abnormes. Der Appetit ist schlecht, der Stuhlgang in Ordnung, die Zunge ist belegt, im Mund und Pharynx nichts Abnormes. Die Reflexe sind normal. Im Harn weder Eiweiß, noch Zucker, wohl aber deutlich Aceton, sonst keine abnormen Bestandteile an demselben. Die Diagnose lautete auf Urticaria haemorrhagica, Emphysema pulmonum und Bronchitis diffusa.

Die Therapie bestand in allgemeinen diätetischen und symptomatischen Maßnahmen. Die Schwellung und Schmerzhaftigkeit des rechten Knies und der linken Schulter waren bereits am nächsten Tage geringer, die Hauterkrankung hatte dagegen an Ausdehnung bedeutend zugenommen. Die alten Eruptionen hatten an Größe zugenommen, in ihnen waren eine große Anzahl neuer Blutungen aufgetreten, während zwischen ihnen eine Menge neuer Quaddeln sich gebildet hatten. Das Fieber war abgefallen. Pat. klagte über Schmerzen im Mund und Hals, sowie über Schlingbeschwerden. Bei der Untersuchung fanden sich am harten Gaumen 3 linsengroße, livide Quaddeln, die Uvula war stark geschwollen und blaurot ver-

färbt, sie ragte als starrer Kegel in den Pharynx hinab. Am folgenden Tage waren wieder eine Menge neuer Eruptionen aufgetreten, besonders im Gesicht, auf dem Kopfe, an den Schultern, am Gesäß und auf dem Rücken. Auch am Lippenrot und an der Schleimhaut der Oberlippe sah man eine Eruption; die Lippe war dick und fest infiltriert. Im Munde sah man auf der Zunge, sowie auf der Scheimhaut der linken Wange einige livide Quaddeln, die Uvula war ein wenig abgeschwollen. An den Beinen und Armen blaßten die alten Eruptionen bereits ab, nahmen braunrote Farbe an, die Infiltration der Haut schwand; die Blutergüsse gingen in Resorption über.

In den nächsten 3—4 Tagen kamen nur die älteren Eruptionen zur Heilung. Die Haut wurde weicher, der rote bis schwarzrote Fleck färbte sich braunrot, dann braun, wurde immer blasser, um schließlich zu verschwinden, ohne eine Spur zu hinterlassen. Während der nächsten 14 Tage traten aber noch täglich neue Nachschübe von Quaddeleruptionen auf, doch erreichten von jetzt an die Quaddeln nur noch die Größe eines Zehnpfennigstückes. Die Neigung zu Haemorrhagien in der Mitte der Quaddeln blieb unverändert.

Am 16. Krankheitstage, 24. IV. traten auf dem rechten Unterarm 5—6 Quaddeln auf, die auf ihrer Höhe eine linsengroße schwarze Blase trugen, welche nach der Eröffnung eine blutigseröse Flüssigkeit entleerten. Nach drei Tagen waren die Blasen zu einem schwarzen Schorf eingetrocknet und heilten in kurzer Zeit ab. Einen besonderen Verlauf hatten die Efflorescenzen an der Uvula und an der Oberlippe. Am dritten Tage nach der Eruption wurde die Uvula nekrotisch, sie bedeckte sich mit einem bräunlich-grauen schmierigen Belag, der sich mit dem Spatel abheben ließ. Das darunter gelegene Gewebe blutete dabei leicht. Die ganze Uvula stieß sich dann

nach und nach in ca. 17 Tagen ab. Die Halsschmerzen und Schlingbeschwerden hielten nur während der ersten drei Tage nach Auftreten der Efflorescenz an der Uvula an, sodann hatte Pat. keine Beschwerden mehr davon. Auch über der Efflorescenz an der Oberlippe wurde die Schleimhaut nekrotisch, stieß sich ab und hinterließ ein Zehnpfennigstück großes Geschwür mit schmierig belegtem, fest infiltriertem Grunde, das sich bald reinigte und in ca. 14 Tagen zuheilte. Von Seiten der Gelenke machten sich im weiteren Verlaufe der Krankheit nur noch einmal leichte Erscheinungen geltend; am zehnten Krankheitstage, 18. IV. traten leichte Schmerzen im linken Ellenbogen auf, die aber in zwei Tagen wieder verschwanden. Eine andere Komplikation trat zwei Tage später, am zwölften Krankheitstage auf. Nachdem Pat. in der Nacht vom 19. zum 20. IV. unruhig gewesen war, ging am 20. IV. die Temperatur in die Höhe, bis 38,5 °. Pat. war sehr somnolent, phantasierte im Schlafe und zupfte dabei an der Bettdecke. Der Puls war klein, beschleunigt. Es fand sich ein deutliches, systolisches Geräusch an der Herzspitze und an der Aorta. Alle übrigen Körperorgane boten keine Veränderung. Der Urin gab wieder nur deutliche Acetonreaction, enthielt weder Eiweiß noch Zucker. Das Fieber verwschand nach drei Tagen, nach weiteren drei Tagen verschwand auch das systolische Geräusch am Herzen und die Herzaktion wurde wieder normal. $4^1/_2$ Wochen nach Beginn der Erkrankung war der Hautausschlag verschwunden, so daß Pat. am 15. V. als geheilt entlassen werden konnte. Die Blutuntersuchung ergab keine Klarheit in Bezug auf die Aetiologie. Das Zahlenverhältnis der roten zu den weißen Blutzellen aber stets normal. Bakterien konnten weder durch die mikroskopische Blutuntersuchung, noch durch das Kulturverfahren nachgewiesen werden. Verfasser teilt dann das Resultat der mikroskopischen Untersuchung einer

kleinen excidierten Quaddel mit, die an ihrer Mitte eine frische Haemorrhagie zeigte. (Färbung mit Methylenblau — Eosin, Haematoxylin – van Gieson, Picrolithioncarmin — Gram und Gram Bismarckbraun.)

An sämtlichen Schnitten fand er pralle Füllung der erweiterten Blutgefäße, besonders der Capillaren, massenhaften Austritt von roten Blutkörperchen aus denselben (Haemorrhagien) und reichliche Anhäufungen von kleinen Rundzellen um die größeren Gefäße herum. Diese Zellen erwiesen sich mit stärkerer Vergrößerung sämtlich als gelapptkernig, sie hatten die Form von Eiterkörperchen, so daß es sich an den betreffenden Stellen um beginnende Eiterung zu handeln schien, jedoch ohne Einschmelzung des Gewebes. Das Bindegewebe zwischen den Zellen war vielmehr noch vollkommen intakt, seine Fasern und Kerne waren deutlich zwischen den Eiterzellen zu erkennen. In den tieferen Schichten der Cutis fanden sich sowohl die Blutungen, wie auch die Zellanhäufungen in viel massigerer Form vor, ebenso im subcutanen Fettgewebe, so daß dessen Septa bedeutend verbreitert erschienen.

Pathologisch-anatomisch ist also die vorliegende Hauterkrankung als leichte Haemorrhagie in den untersten Schichten der Epidermis, als starke Hyperaemie mit Haemorrhagien und reichlicher Auswanderung weißer Blutkörperchen in der Cutis und dem subcutanen Fettgewebe zu bezeichnen. Ein Beweis für die Annahme einer akuten Infektionskrankheit konnte durch die pathol. anatomische Untersuchung nicht erbracht werden.

Fall 2.

Jütte: Urticaria haemorrhagica (8).

M. L., ein kräftiges Dienstmädchen, 19 Jahre alt, von anscheinend gesunder Konstitution, unter äußerlich günstigen

Verhältnissen lebend, bemerkte vor vier Tagen abends, ohne daß für die Entstehung irgendwelche Ursache bekannt war, weißlich erhabene Flecken auf den Beinen von der Größe eines Groschens, welche lebhaft juckten. Die Beine waren etwas geschwollen. Am Morgen waren die Flecken, wie sie erzählt, etwas rot geworden und nahmen an Ausdehnung und Intensität der Färbung zu. Allgemeinbefinden war dabei anfangs recht gut; am zweiten Tage, nachmittags, waren indeß die Beine so dick geschwollen und so schmerzhaft, daß die Patientin nicht gehen konnte und sich zu Bett legen mußte. Die Flecken fanden sich nun auch an der oberen Extremität vor und gingen von da auf den Rumpf und das Gesicht über.

Am vierten Tage erfolgt die Aufnahme in das Krankenhaus. Die Stirn, besonders aber das Kinn und ein Teil der Wangen waren mit großen dunkelroten Sugillationen bedeckt von unregelmäßiger Form. Am Kinn eine blasige Erhebung der Epidermis, von der Größe einer Bohne, am Rumpf und Extremitäten dieselben Flecken, untermischt mit hohen, weißen und roten Quaddeln, in der verschiedensten Größe und Stufe der Entwickelung, Schmerzen im Gesicht und an den Beinen, in den Gelenken, entzündliche Schwellungen fast überall, Ekchymosen unter der Conjunctiva, Zunge belegt, Zahnfleisch und Schlund schmerzhaft, mißfarbig, aufgelockert, rotfleckig; übler Geruch aus dem Munde, Milz geschwollen, Herzdämpfung von der dritten Rippe oben beginnend, systol. Blasen, Puls 120, Menstruation drei wöchentlich, sparsam. Alles übrige normal. Die erste Entwickelung und der Verlauf des Exanthems läßt sich recht gut beobachten, da dasselbe hier und da fortwährend neu entsteht. Die Haut entfärbt sich auf einer Stelle von der Größe eines Groschens, erhebt sich zu einer Quaddel und zeigt bald einen leicht geröteten Hof, bei lebhaftem Jucken. Einige

Stunden später beginnt von der Mitte aus eine Hyperämie, welche nach der Peripherie fortschreitet und bald eine dunkelrote Färbung annimmt. Es erfolgt dann eine subkutane kapilläre Hämorrhagie, die dunkelbraunrote Färbung weicht nicht mehr dem Fingerdrucke und gewinnt an größerer Ausbreitung bis zur Größe eines Thalers und darüber. So sind die Quaddeln besonders in der Regio sacralis und im Gesicht, kleiner auf der Brust uud an den Extremitäten. Endlich verlischt das Rot mehr und mehr, die Quaddel flacht sich ganz ab und nach 12 bis 18 Stunden ist noch ein hellbrauner oder dunkelbrauner Fleck zurückgeblieben, wie man dergleichen nach Kontusionen sieht. Im Gesicht besteht die dunkelrote Färbung noch fort. Nirgends sind aber Purpuraflecken ohne vorher erschienene Quaddeln bemerklich.

Am sechsten Tage traten nachmittags Leibschmerzen und Uebelkeiten ein, Stuhlgang fehlt seit zwei Tagen. Wiederholte Gaben von Infus. Sennae, Ol. Ricini und Klystiere haben keine Wirkung, es fließt viel Speichel aus dem Munde. Neue Erruptionen an verschiedenen Stellen, großer Durst; verordnet ist Acidum muriaticum.

Am 16. 3. Es erkrankte heute keine neue Hautstelle mehr; die Leibschmerzen werden heftiger, es tritt dreimal grasgrünes Erbrechen ein. Kein Kopfschmerz, Unruhe und Durst, Puls 128, klein. Noch ist nicht Stuhlgang erfolgt. Sehr übelriechender Atem.

17. 3. Gesicht an den bisher freien Stellen erysipelatös gerötet, an der lingen Wange eine neue Quaddel, mehrere von verschiedener Größe in der regio scapularis und sacralis. Die übrigen alten bestehen als Flecke von verschiedener Färbung fort. Stuhlgang ist normal erfolgt, wässrig und dunkel gefärbt von zersetztem Blutrot. Es lassen sich aber durch das Mikroskop keine Blutkörperchen mehr auffinden. Harn reich-

lich mit harnsaurem und phosphorsaurem Sediment, ohne Eiweiß. Das grüne Erbrechen hat sich einmal wiederholt; sehr heftige Leibschmerzen, systol. Geräusch, die Gelenke frei. Die Anschwellungen sind etwas ermäßigt; wenig Schlaf, die Menstruation ist heute eingetreten; Decoctum Chinae mit Acid. muriat.

19. 3. Leibschmerzen etwas vermindert, Zunge reinigt sich, der üble Geruch des Atems läßt nach. Puls 100; Gesicht gedunsen, mit etwas Nachlaß der erysipelatösen Färbung, linke Backe fühlt sich hart an. Unterlippe geschwollen. Einzelne kleine Flecken sind bereits bis auf einen geringen gelblichen Rückstand verschwunden, andere in der Größe eines Zweigroschenstückes beginnen von der Mitte aus sich zu entfärben, während der dunkelrote Rand der Peripherie noch längere Zeit steht. Die großen Flecke scheinen hartnäckiger, sie sind dunkelrot und braunrot, zum Teil mit schwarzen Punkten. Auf diesen alten Flecken haben sich in der regio sacralis heute Abend zirka ein Dutzend neue Quaddeln erhoben. Kein Stuhlgang, Harn gelblich, wolkig, ohne Eiweiß. Die Menstruation dauert fort.

20. 3. Nacht unruhig; eine Darmausleerung, dünn und schwärzlichrot gefärbt. Urin wolkig, gelb, Anschwellung der Lippe verringert, ebenso die Härte und Färbung des Gesichtes etwas gebessert, Zunge belegt, Rachen schmerzhaft, dessen Schleimhaut aufgelockert, mißfarbig; wenig Appetit, mehr Durst; Puls 104; auf dem linken Handrücken 5 neue Quaddeln, die auch später auf der rechten Hand und an anderen Stellen erscheinen, ebensowohl auf der bisher gesunden Hautfläche, als wo noch alte Apoplexien stehen. Gegen die schmerzhafte Angina, den foltor exore, ist mit Erfolg verdünntes Chlorwasser zum Gurgeln gereicht.

23. 3. Es ist entschieden Besserung eingetreten, das Gesicht scheint freier, die Flecke sind überall viel heller ge-

worden und ihre Conturen verwischen sich; langsamer scheinen die Ekchymosen in der Conjunctiva zu weichen; Stuhlgang normalfarbig, consistenter, Schmerzen im Halse und Mund haben sehr nachgelassen, ebenso der Foetor ex ore und das Schlingen erfolgt freier. Der obere Rand des Zahnfleisches ist von den Zähnen abgelöst. Systol. Geräusch besteht fort; Dämpfung von der 3. Rippe und vom rechten Sternalrande nicht über die Mamillarlinie; Allgemeinbefinden besser; die Kranke ist nicht mehr so unruhig.

26. 3. Es sind inzwischen, namentlich auf dem rechten Arme, wieder neue Eruptionen von kleinen Quaddeln eingetreten, welche schon seit 2 Tagen über der Haut erhaben stehen, während sie sich sonst in wenigen Stunden abflachten und breiter wurden. Die Haemorrhagien unter ihnen sind auch geringer. Viele der alten breiten Flecke sehen jetzt rot aus, die Röte weicht aber dem Fingerdrucke für kurze Zeit, hinterläßt an der Druckstelle eine hellbraune Färbung, bald stellt sich die Hyperamie wieder her. Erster Herzton mit schwachem Blasen, gedämpfter P. S. ausgebreitet bis an den rechten Sternalrand; Puls 64, aussetzend, Zahnfleisch noch schmerzhaft, der obere Rand desselben zerstört.

10. 4. Dir haemorrhagischen Flecke sind nach und nach verschwunden und die normale Färbung der Haut ist an den affizierten Stellen wiederhergestellt, nachdem eine Desquamamation in kleinen Blättchen eingetreten war. Auch die Apoplexie in der Conjunctina sclerotica ist endlich resorbirt, die Angina geschwunden, und das Zahnfleisch hat begonnen, den verlorenen oberen Rand zu regenerieren. Der erste Herzton ist ohne Geräusch, aber noch dumpf, alle Funktionen sind sonst regelmäßig und die Kräfte kehren zurück; die Kranke wird somit entlassen.

3. Fall.

Blaschko (1): Die 19jährige Patientin, welche ich Ihnen hier vorstelle, leidet seit ihrem 13. Lebensjahre an einer schweren Urticaria. Diese trat erst in Attaquen auf, welche durch mehrmonatliche Pausen getrennt waren. Späterhin wurden die Pausen immer kürzer und in den letzten Jahren fanden fast ununterbrochen Schübe statt. Die Urticaria charakterisiert sich vor allem dadurch, daß die Quaddeln nach kurzem oder längerem Bestand, meist schon nach einer halben oder ganzen Stunde haemorrhagisch werden. Es stellt sich in der Mitte der kleineren Quaddeln eine punktförmige, in der Mitte der größeren eine mehr flächenförmige ausgebreitete Haemorrhagie ein, welche natürlich auch nach dem Abschwellen der Quaddeln sichtbar bleibt und in den nächsten Tagen die üblichen Farbenveränderungen jeder cutanen Hautblutung durchmacht. Diese Pigmentveränderungen haben dazu geführt, daß der Fall als Urticaria pigmentosa beschrieben worden ist, während ich Ihnen wohl kaum zu sagen brauche, daß der Fall mit der typischen Urticaria pigmentosa keinerlei Verwandschaft aufweist. Die Quaddeln, welche sehr derb sind, befallen vorzugsweise die Extremitäten und dort die Streckseiten mehr als die Beugeseiten. Der Rumpf ist in all den Jahren fast vollständig frei geblieben. Das Gesicht wird bei jeder Attaque, wenn auch in geringem Maße ergriffen.

Diese symmetrische Verteilung der Efflorescenzen nähert den Fall den exsudativen Erythemen und auch sonst finden sich in dem Krankheitsbild noch einige Momente, welche für eine Verwandtschaft mit dieser Krankheitsgruppe sprechen. So sind im Laufe der $1^1/_2$ Jahre, während welcher ich die Kranke beobachtete, auch zeitweise leichtere Erkrankungen der Gelenke, des rechten Knies und des linken Schultergelenks aufgetreten, vielleicht Blutungen in die Kapsel, oder leichte seröse

Entzündungen. Was dem Fall ferner seine Bedeutung verleiht, ist, daß derselbe von schweren Komplikationen nicht verschont geblieben ist. So trat vor jetzt etwa 1 Jahr eine Erkrankung der Augen ein, welche nicht gut anders, als eine Teilerscheinung des Gesamtprozesses gedeutet werden konnte. Der Prozeß begann unter dem Bilde einer Keratitis parenchymatosa links und ich glaubte damals das Auftreten von Hämorrhagien in der Nachbarschaft der entzündeten Hornhaut voraussagen zu dürfen. Diese Voraussicht erfüllte sich denn auch in wenigen Tagen. Vorher jedoch stellte sich eine doppelseitige Retinitis haemorrhagica ein. Beiderseits fand sich um die Opticuspapille herum ein seröses Exsudat mit partiellen Hämorrhagien, genau in derselben Weise, wie die Hauthämorrhagien sich in den Quaddeln verhielten. Erst später erkrankte auch die rechte Hornhaut und es kam zu einer schweren doppelseitigen Keratitis parenchymatosa, welche sich von der typischen Keratitis parenchymatosa nur durch die Hämorrhagien in der Umgebung der Cornea unterschied und nach mehrmonatlicher Dauer mit vollkommener Restitution abheilte.

Tannhauser (15) demonstriert mikroskopische Präparate von obigem Falle.

T. excidierte eine Quaddel im Augenblicke der Entstehung einer zentralen Hämorrhagie. Der Prozeß sitzt hauptsächlich im Corium. Man kann Veränderungen im Bereiche der Gefäße und solche im Corium selbst unterscheiden. Die Gefäße befinden sich in einer dichten Infiltrationszone; man erkennt hierin reichliche, polynucleäre Zellen mit gut färbbaren Kernen, große blasige Zellen, von denen ein großer Teil Mastzellenfärbung annimmt und schließlich rote Blutkörperchen. Die Veränderungen des Corium bestehen in einer Auseinanderdrängung der Bindegewebsfasern und in der Anwesenheit von zelligen Elementen.

Die polynucleären Rundzellen sind bis in die Subcutis und auch bis in die Epidermis zu verfolgen. Die einkernigen Zellen sind in der Nähe der Infiltrationen am reichlichsten: dieselben entstehen aus den fixen Bindegewebszellen, während die polynucleären aus dem Blute selbst stammen.

Die Frage, ob die Blutung auf Diapedese, oder auf Rhexis der Gefäße zurückzuführen ist, konnte nicht entschieden werden.

4. Fall.

Wills (22). Bei zwei Patienten, von denen der eine nach acht Wochen geheilt wurde, der andere nach drei Wochen starb, trat an den Extremitäten, dem Rumpfe, im Gesicht ein, wie Urticaria aussehendes Exanthem auf; jedoch stellten sich in den einzelnen Quaddeln kleine Blutungen ein. Die Quaddeln erschienen stets schubweise unter Temperaturerhöhung. Blutungen aus dem Zahnfleisch, den Lungen, subperiostal folgten.

Die Sektion der Patienten ergab auch Blutungen in der Herzmuskulatur und der Mitralklappe, sowie frische Wucherungen rings um die Mitralis und die Tricuspidalis.

Starke Anschwellungen der Gelenke begleiteten das Krankheitsbild.

5. Fall.

Stein (14). Eine 44jährige Frau, die an Magenbeschwerden (chron. Magenkatarrh) litt, hatte an den unteren Extremitäten urticariaähnliche Flecke, die eine blaurote Färbung annahmen. Verfasser nimmt nach Ausschluß von Purpura rheumatica an, daß es sich hier um eine Transsudation von Flüssigkeit durch die Kapillaren sowohl, als auch um einen Uebergang von Blutelementen per Diapedesin in das benachbarte Gewebe handelt.

6. Fall.

Ullmann (16). Ein junger, zirka 20jähr. Mann, Arbeiter, weist am ganzen Stamme, sowie besonders über den Achseln mattbraune Pigmentationen auf als Rest einer Urticaria die erst vor acht Tagen plötzlich ohne nachweisbare Ursache aufgetreten war. Die Quaddeln waren hier mit mehr, oder minder starken Blutungen in der Haut einhergegangen. Seit 5 Tagen traten ferner an beiden Unterschenkeln ausgedehnte, über Handtellergroße, stark elevierte, wenig schmerzhafte Schwellungen auf, in deren Gebiet sich ähnlich wie vorher in den Urticariaefflorescenzen diffuse Haemorrhagien hinzugesellten, die zu einer etwas lividen, bläulichen Verfärbung daselbst führten.

Eine ähnliche Affektion beobachtete Verfasser rings um die Mundöffnung und zwar bei einem 12jährigen Jungen. Dieser Patient hatte diese Affektion viermal in 2 Jahren und stets an derselben Stelle rings um den Mundwinkel lokalisiert dargeboten.

7. Fall.

White (21) gibt die Krankengeschichte einer 39jährigen Frau, welche seit 4 Jahren von Urticaria heimgesucht wurde, wobei aber die verschiedensten Formen von knotigen, fleckigen blasenartigen Efflorescenzen und dazwischen ausgebreitete Haemorrhagien an verschiedenen Körperteilen auftraten. Meist wurden dieselben, welcher Art immer sie waren, binnen 48 Stunden suffundiert. Die Area beim letzten Anfalle war: Untere Extremitäten vom Knie abwärts, Arme bis zu den Schultern, Gesicht, Hals, Nacken. Nach 7 wöchentlicher Dauer (jeder Anfall hatte so lange gedauert) war alles verschwunden (bei Eisen- und Arsenbehandlung).

8. Fall.

Schwimmer (13).

O. F. 48jähriger Schlosser von kräftiger Constitution. Sein Leiden begann vor 7 Jahren mit noch gegenwärtig anhaltendem Jucken. Die Effloreszenzen zeigten schon damals ihr jetziges Aussehen.

Status praesens: An den inneren Organen keine Veränderungen. Auf der ganzen Körperoberfläche sind folgende Erscheinungen zu beobachten: Neben zahlreichen hanfkorn- bis erbsengroßen dunkelroten Erhebungen sind zahlreiche mehr oder weniger scharf begrenzte hellbraunrote Flecken wahrzunehmen. Außer diesen leichteren Symptomen sieht man auf den Extremitäten zahlreiche, die Hautoberfläche überragende, ein dunkelrotes Zentrum aufweisende, hellrot begrenzte Efflorescenzen. Die Haut der Unterarme, der Ober- und Unterschenkel ist fast vollständig von ähnlichen Effloreszenzen bedeckt. Einige derselben haben ein weißes Zentrum, doch einen umsomehr rotgefärbten Rand und außerhalb letzteren einen schmalen, weißen Halo. Das Symptomenbild behält seine Form unverändert bei und entspricht einer Urticaria perstans. Doch sind überdies bei dem Kranken noch solche Veränderungen zu bemerken, welche bei Nesselausschlägen überhaupt nicht zur Beobachtung kommen. In einer Anzahl der Efflorencenzen sind umschriebene Ekchymosen zu finden, besonders ad Nates und auf der Außenseite der Schenkel. Diese Blutaustritte sind nur in den Urticariaflecken zu beobachten, außerhalb derselben nicht. Den allgemeinen Zustand betreffend ist noch hervorzuheben, daß Pat. seit Beginn der Erkrankung an heftigen Gelenkschmerzen leidet, die nur auf kurze Zeit nachlassen, besonders sind die Knie und Schultergelenke angegriffen.

Es wären an dem Falle hervorzuheben die sieben Jahre lang bestehende ausgedehnte Urticaria und die seltene Erscheinung der stationären Blutaustritte innerhalb der Efflorescenzen. Pat. suchte die Klinik mehrmals auf und war auf entsprechende Behandlung und Ruhe eine Milderung des Juckens zu erreichen, doch trat dasselbe, sowie die Haemorrhagien nach Verlassen des Krankenhauses wieder auf.

9. Fall.

Bruck (2). Bei der 26jährigen Patientin trat nach dem Genuß von Krebsen und Erdbeeren eine typische Urticaria am Gesicht, Hals und Händen, also an den von der Kleidung unbedeckten Teilen auf. Nach den Genuß von zwei Glas dunklen Bieres mehrere Tage darauf Recidiv mit Haemorrhagien unter die Haut in der Umgebung beider Augen, welche das Gesicht arg entstellten. Die Haemorrhagien reichen bis auf den Nasenrücken und bedecken zum Teil auch die Stirn. Symptomenlose Resorption binnen 5 bis 6 Tagen.

10. Fall

Hutchins-Atlanta (6). Verfasser berichtet über die Heilung einer Urticaria haemorrhagica durch innerliche Gaben von Calciumchlorid neben Einwickelungen mit Gazebinden, auf die eine Menthollösung gegossen worden ist (gegen das Jucken). Im Gegensatz zu den Autoren, die Urticaria haemorrhagica für eine Urticaria halten, die auf Purpura entstanden ist, will Verfasser dies für seinen Fall nur teilweise zugeben, indem er erst die Quaddeln beobachtet habe, während die Haemorrhagien sekundär gewesen seien.

Es handelt sich um ein 18jähriges Mädchen, das zehn Stunden täglich stehen muß.

11. Fall.

Mackenzie-London (11). Ein 2jähr. Kind hatte Schollen gegessen. Am nächsten Morgen bekam es unter Störung des Allgemeinbefindens und erhöhter Temperatur Quaddeln an verschiedenen Teilen des Körpers. Einige Quaddeln am Abdomen sahen tief dunkelrot aus, wie blutunterlaufen nach Quetschungen. Die Behandlung bestand in heißen Bädern und in abendlichen Gaben von Pulvis Hydrargyri cum Rheo. Nach Verlauf von acht Tagen war der Kranke geheilt.

Im Anschluß an diese Fälle sei es mir gestattet, nachfolgende Beobachtung zu veröffentlichen:

Erich Sch. cand. jur. 23 Jahre alt.

Pat. stammt angeblich aus nervöser Familie und ist seit Jahren selbst äußerst nervös. Er erscheint am 6. II. 06 mit ausgesprochenem Ikterus und gibt an, seit ca. acht Tagen gelb auszusehen. Der Stuhl ist angeblich weiß. Harn braun. Die Untersuchung ergibt Gallenfarbstoff im Harn und Druckempfindlichkeit der Gallenblase. Die Haut juckt stark. Der Körper ist bedeckt mit pfennig- bis thalergroßen Quaddeln, die von weißlicher Farbe sind, stark über das Niveau der Haut emporspringen und von einem roten Hofe umsäumt sind. Das Auftreten von Quaddeln ist nach Aussage des Patienten seit den letzten acht Tagen häufig. Dieselben bleiben gewöhnlich einige Stunden bestehen und verschwinden dann wieder spurlos. Die Quaddeln jucken stark. Mitunter kann sie der Patient auch durch Kratzen selbst hervorrufen. Th. Karlsbader Salz, Bäder, Diät.

Bis zum 19. II. 06 ist der Zustand ziemlich gleich geblieben. Am heutigen Tage ist das Aussehen ein wesentlich anderes. Im Zentrum der meisten Quaddeln finden sich kleine, etwa 2—3 mm im Durchmesser betragende Flecke von blut-

roter Farbe, die auf Druck nicht zum Schwinden zu bringen sind. Von jetzt ab ist keine weitere Quaddelbildung nachzuweisen. Der Ikterus geht zurück.

Am 25. II. 06 ist der alte Quaddelausschlag verschwunden, nur die im Zentrum wahrzunehmenden Verfärbungen noch deutlich sichtbar.

Unser Fall stellt eine Beobachtung von länger dauernder Urticaria dar, bei der es zum einmaligen Auftreten von Blutungen hauptsächlich in das Zentrum von Urticariaquaddeln kam.

Fälle, in denen sich die Hautblutungen mit der Bildung von urticariellen Papeln, oder Quaddeln einleiten, deren lebhaft rote Farbe anfänglich unter dem Fingerdrucke noch schwindet, die aber binnen ganz kurzer Zeit, indem sie sich abflachen, die Charaktere von Blutflecken annehmen, sind schon öfters beschrieben worden und als Purpura urticans (Willau) bekannt. Auch unsern Fall und die verwandten, von Schwimmer Bruck, Hutchins-Atlanta und Mackenzie beschriebenen Fälle könnte man wohl dieser Krankheitsform zurechnen, man kann ihnen aber auch eine gewisse Sonderstellung einräumen, indem das quaddelförmige Stadium, ohne daß es zur Hautblutung kam eine längere Zeit in Anspruch nahm. Wir wissen, daß auch das Erythema exsudativum multiforme in Quaddelform auftreten kann. Diese Quaddeln können anfänglich der der Urticaria recht ähnlich aussehen und sehr bald von Blutungen durchsetzt werden. Tritt die Blutung derartig zeitig ein, ehe sich die charakterische bläuliche Verfärbung entwickelt, so sind Unterscheidungen wohl kaum möglich. Für das Erythema exsudativum ist das Hämorrhagischwerden sehr oft beschrieben und demnach nichts Ungewöhnliches. Anders ist es bei der Urticaria Die Urticaria verschwindet, ohne Hinterlassung irgendwelcher Verfärbung und unterscheidet sich im allgemeinen

schon durch ihre Lokalisation vom Erythem. Die Urticaria kann überall auftreten, das Erythema exsudativum tritt gewöhnlich am Hand- und Fußrücken, den Extremitäten und im Gesicht auf.

Deshalb sind die als Urticaria haemorrhagica beschriebenen Fälle möglicherweise gar nicht zur Urticaria zu rechnen, sondern sind Fälle von Erythemen mit gleichzeitiger oder nachfolgender Purpura simplex. oder rheumatica. Ein ganz kleiner Teil der beschriebenen Fälle ist aber doch nicht ohne weiteres nach dieser Richtung unterzubringen und zwar die von Schwimmer, Bruck, Hutchins-Atlanta und Mackenzie. In diesen vier Fällen ist das Vorausgehen einer Urticaria am Stamm in deutlicher Weise beschrieben. In Fall 8 (Schwimmer) traten nur in einem Teil der Quaddeln Haemorrhagien ein. In Fall 9 (Bruck) traten neben der typischen Ingestionsurticaria Haemorrhagien im Gesicht auf, in Fall 11 handelt es sich ebenfalls um eine Ingestionsurticaria, wobei nur einige Quaddeln haemorrhagisch wurden. Die der Haemorrhagie vorausgehenden Quaddeln hatten den Typus der Urticaria und nicht des Erythems, denn es war weder der scharfe Rand, noch die bläuliche Verfärbung des Zentrums vorhanden, welche für das Erythema exs. mult. charakteristisch sind, sodaß man diese Fälle nicht den häufig vorkommenden Kombinationen von Erythema exsudatioum multiforme und Purpura zurechnen kann. Er ist also anzunehmen, daß in seltenen Fällen neben einer Urticaria auch eine Purpura auftreten kann.

Man kann die Blutung wohl nicht als einen Ausdruck besonders schwerer Urticaria ansehen, denn es gibt sehr intensive, langbestehende, ausgebreitete Urticariaentwickelung, ohne daß es jemals zu Blutungen kommt und überdies ist die Urticaria eine so häufige Erkrankung, daß man solche Beobachtung, wie in unserem Falle und in Fall 8 bis 11 öfter

machen müßte. Gleichzeitig hatte der Mann, wie erwähnt, einen starken Icterus. Das Vorhandensein dieses Symptoms kann mit der Urticaria in Zusammenhang gebracht werden indem vielleicht ödematöse Schwellungen im Bereiche der Gallenwege vorlagen.

Am Schlusse dieser Arbeit erfülle ich die ehrenvolle Pflicht, Herrn Geh.-Rat Hoffmann für die liebenswürdige Ueberlassung des Falles, sowie den Herren Dr. Steiner und Dr. Vörner für die freundliche Unterstützung meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Literatur.

1. Blaschko Dermatologische Zeitschrift von Lassar, 1897, Band 4. (Sitzung der Berliner Dermatol. Vereinigung vom 5. I. 1897).
2. Bruck, Urticaria haemorrhagica ab ingestis. Dermatol. Centralblatt 1898. (Berlin. med. Gesellschaft. Sitzung v. 30. Juni 1897).
3. Curschmann, Der Unterleibstyphus. Nothnagel, Spezielle Pathologie und Therapie 3, I.
4. Fürbringer, Eulenburgs Real- Encyklopaedie, 2. Auflage, Band XVII.
5. Gerhardt, Nothnagel, Spezielle Pathologie und Therapie 3, I.
6. Hutchins-Atlanta, Georgia, Ein Fall von Urticara haemorrhagica. American Journal of Dermatology and Genito-Urinary Diseases, Band I, Heft I, April 1897, siehe Monatshefte für Dermatologie (Unna) Jahrgang 1898. Bd. 26.
7. Immermann, Variola, Spezielle Pathologie und Therapie, Nothnagel, 4. Band, IV., 1.
8. Jütte, Urticaria haemorrhagica. Günsburg, Zeitschrift für klin. Medizin 1854.
9. Lenhartz, Die septischen Erkrankungen; siehe Nothnagels spezielle Pathologie nnd Therapie 3, II.
10. Lentz, Ueber einen Fall von Urticaria haemorrhagica. Berliner klin. Wochenschrift 39, 1898.
11. Mackenzie-London, Ein Fall von Urticaria haemorrhagica. The British Journal of Dermatol. 1894, Heft 3 siehe; Monatshefte für Dermatol. (Unna) Band 19, Jahrgang 1894.
12. Pillou, Contribution à l'étude de la rougeole ecchymotique; siehe Schmidts Jahrbücher, 1903; Bd. 280.
13. Schwimmer, Urticaria haemorrhagica. Archiv für Dermatol. und Syphilis XXXIII, 450.
14. Stein, Ein Fall von Nesselfieber, combiniert mit Haemorrhagien in der Haut. Estenedeljack 1898, No. 10; siehe Monatshefte für Dermatologie (Unna, Bd. 30, Jahrgang 1900.
15. Tannhauser Urticaria haemorrhagica. Archiv für Dermatol. und Syphilis 1897, XXXIX, 422.
16. Ullmann, Urticarielles Oedem mit Haemorrhagien, LXVII, 288, Archiv für Dermatol. und Syphilis, Jahrgang 1903.
17. Veit, Haemorrhagische Masern; Virchows Archiv, XIV.
18. Vörner, Ueber Prurigo haemorrhagica, Münchener Med. Wochenschrift No. 12, 1906.
19. Vörner, Lues haemorrhagica, Archiv für Derm. u. Syphilis 1905.
20. Wagner, Nothnagel: Spezielle Pathologie und Therapie, 3, I.
21. White, Ein Fall von recidivirenden Hauthaemorhagien bei Urticaria und Blaseneffloreszenzen, Archiv für Derm. u. Syphilis 1879.
22. Wills, 2 Fälle von haemorrhagischer Urticaria, Juni 1890.

Lebenslauf.

Heinrich Willy Hoffmann, geboren am 29. Januar 1878 zu Schkeuditz als Sohn des Brauereibesitzers Heinrich Hoffmann, besuchte zuerst die Bürgerschule seiner Vaterstadt, später das Realgymnasiums zu Leipzig, das er Ostern 1898 nach bestandenem Abiturientenexamen verließ. Er bezog hierauf die Universität zu Leipzig, um zunächst Naturwissenschaften zu studieren, holte Ostern 1901 das humanistische Nachexamen am kgl. Gymnasium zu Leipzig nach und bestand am Ende des W. S. 1902/03 das Tentamen physicum. Im Dezember 1905 absolvierte er das Staatsexamen. Sein praktisches Jahr leistete er zur Hälfte in der Medizin. Universitätspoliklinik zu Leipzig ab. Gegenwärtig ist er Praktikant in der chirurgischen Abteilung des Universitäts-Kinderkrankenhauses zu Leipzig.